

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号 ONNNNNNN 保険者名 倉敷市国民健康保険課	
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	氏名 / 生年月日	ふりがな くらしき いちろう 氏名 倉敷 一郎 生年月日 昭和30年 1月 1日	
	住所 / 電話	〒 000-0000 倉敷市▲▲▲11-1	TEL 086(333)1111	
(受 害 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
(第 三 者) 加 害 者	氏名	ふりがな 氏名 〒 000-0000	届出者との関係 生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話	▲▲市★★27-1	TEL 086(112)1112	
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和3年 1月 1日	午前 / (午後) 3時 30分頃	
	事故発生場所	▲▲市★★30-5		
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)		
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇保険株式会社 氏名 国保 花子	ふりがな 氏名 国保 花子	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 岡山55は5555	車台番号 EX-66-6666	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和2年 4月 1日 ~ 令和4年 4月 1日	自賠責証明書番号 第 12345678910 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●保険株式会社	担当部署 ●●部	
	取扱店所在地 / 電話	〒 000-0000 〇〇市〇〇町〇〇番地	TEL 086(111)1111	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 損保 二郎	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名 国保 花子		
	住所	〒 000-0000 ★★市★★27-1		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成29年 4月 1日 ~ 令和4年 4月 1日	契約番号 第 ABCDEFGHIJK 号	
任意対人一括の有無	(有) / 無			
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	保険会社名 担当者氏名	担当部署 TEL ()	
	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院	入院 有 / 無 治療開始日 令和3年 1月 1日 治療終了(見込) 年 月 日	
治 療 状 況	住所 / 電話番号	〒	TEL ()	
	<small>※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。</small>	② 診療機関名 ●●診療所	入院 有 / 無 治療開始日 令和3年 1月 1日 治療終了(見込) 年 月 日	TEL ()
		③ 診療機関名	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	TEL ()
		〒	TEL ()	
		〒	TEL ()	
		〒	TEL ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和3年 1月 11日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック	<input checked="" type="checkbox"/>	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。